

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 170

Travail de la Clinique d'Urologie du Professeur CIBERT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LEIOMYOSARCOMES DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien FARGIER

Né le 20 Janvier 1911, AU BROZ (Ardèche)



LYON

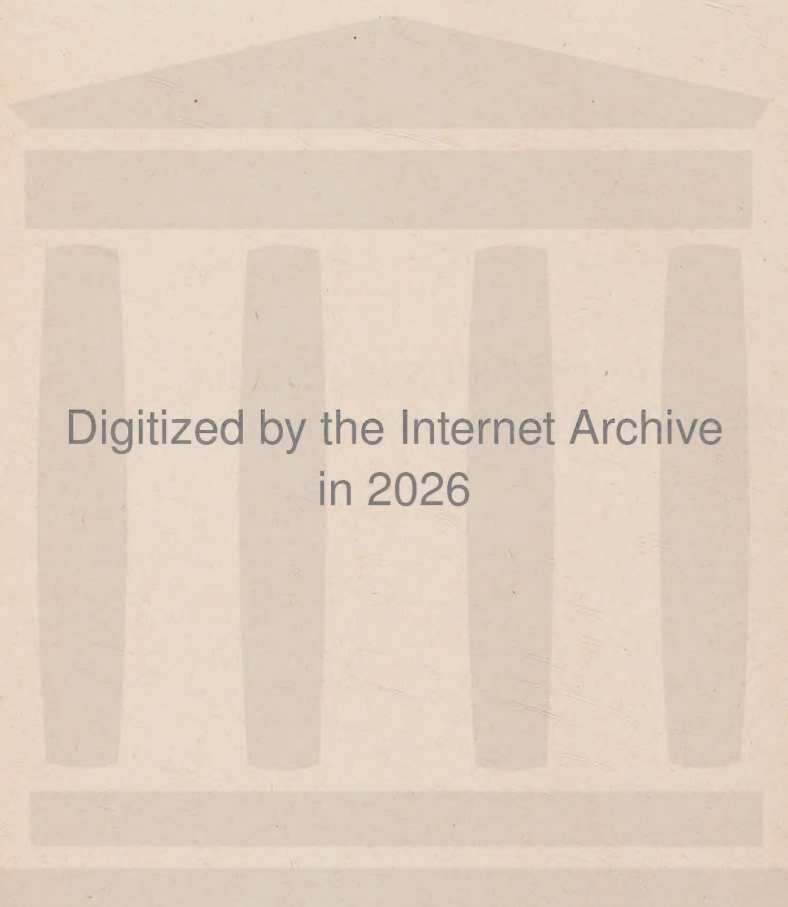
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LEIOMYOSARCOMES DE LA VESSIE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0027

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 170

Travail de la Clinique d'Urologie du Professeur CIBERT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LEIOMYOSARCOMES DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien FARGIER

Né le 20 Janvier 1914, AU BROZ (Ardèche)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOD

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, **CLUZET**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

CIBERT, *président* ; De ROUGEMONT *assesseur*,
BERTRAND et CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Sa vie a été pour moi un exemple
d'honneur et de vertu.

Je lui dédie ce travail, bien faible
témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.

A MA FEMME ET A MON FILS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. CIBERT

Professeur de clinique urologique

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, dont il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur G. GAYET

*Professeur honoraire de clinique urologique
de la Faculté de Lyon
Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

Au cours de deux semestres d'externat, nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement, fruit d'une longue expérience, son activité inlassable, le souci constant de notre formation médicale et chirurgicale.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur Pierre VERRIERE

Ancien chef de clinique

Sa haute compétence, sa technique impeccable faite surtout d'habileté et de patience, ont été pour nous une source d'enseignements précieux, il restera dans notre esprit le modèle de l'urologue.

Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de notre grande reconnaissance et de notre sincère attachement.

A Monsieur le Docteur R. GAYET

Chef de clinique urologique

Son ardeur au travail, son activité sans répit, sa bienveillance illimitée à notre égard, bien que n'ayant pas été son élève, l'ont rapidement imposé à notre admiration. D'autre part, nous avons largement mis sa compétence à contribution au cours de l'élaboration de ce travail, qu'il a bien voulu diriger et pour lequel il ne nous a épargné ni son temps ni sa peine.

Nous le prions de croire à notre vive et sincère reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur TIXIER

Monsieur le Professeur GAYET

Monsieur le Professeur VILLARD

Monsieur le Professeur GAYET

Monsieur le Docteur DESJACQUES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ST-ETIENNE

À MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A mon excellent Ami, le Docteur Hip. INGLESSIS

Dont le nom sera à jamais lié au
souvenir de mes études médicales.

Ni le temps, ni l'espace, n'affaibli-
ront l'amitié que je lui porte.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LEIOMYOSARCOMES DE LA VESSIE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les tumeurs de la vessie sont relativement fréquentes entre 40 et 60 ans. Certaines cèdent à la thérapeutique, alors que d'autres plus nombreuses évoluent progressivement vers la mort en deux ou trois ans. Parmi ces dernières, il en est certaines qui ont attiré l'attention par leur malignité spéciale, leur rapidité évolutive remarquable et leur résistance à toute thérapeutique.

L'examen microscopique de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait de léiomyosarcomes vésicaux caractérisés histologiquement par l'association de fibres musculaires lisses, constituant de grands faisceaux effilés aux extrémités et d'un tissu conjonctif envahi par une prolifération anormale de cellules rondes qui s'infiltrèrent entre les fibres musculaires.

Ces tumeurs étaient connues depuis longtemps. Carl Gussembauer, le premier, en 1875, publiait un cas de tumeur vésicale qui était une association de myosarcome et de myocarcinome. Ce n'était pas encore la tumeur-type, telle qu'elle fut décrite en 1884 par Frédéric S. Eve qui en donnait une description histologique très précise. Puis apparurent successive-

ment les publications de Nicolich en 1889, de Laxer en 1904, de Roeder en 1904.

En 1910, au cours d'une étude complète des tumeurs musculaires lisses de la vessie, publiées dans les *Annales des Maladies des Organes génitaux urinaires*, Heitz-Boyer et Doré se contentaient de signaler ces tumeurs atypiques malignes et rapportaient les observations précédentes, en insistant sur leur évolution particulièrement rapide. Ultérieurement nous n'avons trouvé que des rares publications isolées, et il faut arriver en 1933, pour voir apparaître un travail important basé sur 31 observations et publié par Kranskopf dans le *Journal de Chirurgie américain*.

Enfin, récemment, par suite d'une coïncidence, M. le Professeur Cibert a pu en observer simultanément 3 cas, dont les manifestations cliniques, l'évolution et l'examen histologique étaient exactement superposables.

C'est à propos de ces trois observations, base initiale de notre travail, que M. le Professeur Cibert nous a invité à rechercher les cas publiés dans la littérature médicale, à voir si d'une façon générale l'aspect clinique et les caractères évolutifs étaient comparables à ses propres observations, à faire ensuite un tableau synthétique général, qui permette une rapide vue d'ensemble sur des tumeurs qui sortent si nettement de la pratique courante.

Nous nous sommes donc efforcés de rassembler le plus d'observations possible, et à partir de ces observations nous avons fait un essai d'étude anatomopathologique, puis essayé de présenter leurs diverses

manifestations cliniques avec leurs principaux caractères évolutifs.

Enfin, nous avons abordé, dans deux chapitres séparés, les questions diagnostic et traitement.

Tel est, dans ses grandes lignes, le plan de notre travail; nous aurions voulu qu'il fût très complet et rapporter toutes les observations publiées en France et à l'étranger. Malgré notre bonne volonté, nous n'avons pu toutes les recueillir.

Notre but sera pourtant atteint, si à l'occasion des 3 cas nouveaux que nous publions, nous avons réussi à faire de ces tumeurs une étude aussi vivante que réelle.

CHAPITRE PREMIER

CONDITIONS ETIOLOGIQUES

A. — FRÉQUENCE. — Il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des léiomyosarcomes de la vessie. Les uns estimeraient que ce sont des tumeurs assez communes, d'autres, au contraire pensent qu'elles sont d'une extrême rareté.

Il faut avouer que les causes d'erreur sont nombreuses, si l'on songe aux difficultés d'interprétation des préparations anatomiques dans lesquelles une infiltration inflammatoire abondante peut donner le change avec une manifestation sarcomateuse. C'est pourquoi dans notre travail nous n'avons retenu que les observations accompagnées d'un examen histologique précis.

Nous avons trouvé 43 cas de léiomyosarcomes. En 1910, déjà Heitz-Boyer en comptait 5 cas.

B. — AGE. — Certains auteurs déclarent que, d'une façon générale les léiomyosarcomes n'ont aucune prédilection pour une époque marquée de la vie, bien que d'autres soient assez affirmatifs pour leur trouver une fréquence élective aux âges extrêmes de la vie : elles seraient surtout des tumeurs de l'enfance ou de la vieillesse.

C. — SEXE. — Les statistiques établies ces dernières années montrent une prédominance importante de ces tumeurs chez l'homme.

D. — CAUSES. — Il en est ici, comme de toutes les tumeurs et c'est dire que nous ignorons totalement les causes du développement des tumeurs vésicales. On sait combien le traumatisme est fréquemment invoqué par les malades pour expliquer les tumeurs des membres.

L'origine traumatique a été admise une fois dans un cas de Klein : il s'agissait d'un garçon qui, au cours d'exercices de gymnastique reçut une blessure suivie d'hématuries répétées. A l'intervention, on trouva une tumeur vésicale du volume d'une noix.

Ce fait évidemment ne prouve rien en faveur du développement post-traumatique de la tumeur, qui ne s'accompagne pas toujours d'hémorragies et dont les troubles vésicaux peuvent être réduits; il semble, en effet ici, que le traumatisme a tout simplement révélé la tumeur en faisant apparaître un signe clinique, l'hémorragie.

Une notion intéressante a été mise en lumière en 1913. C'est la fréquence des tumeurs malignes chez les ouvriers des usines d'aniline. Luenberger (*Semaine médicale* du 15 janvier 1913), a montré qu'à Bâle, depuis 1861, le cancer vésical était 30 fois plus fréquent chez les ouvriers employés à la fabrication ou à l'utilisation des couleurs synthétiques que chez le reste de la population masculine adulte.

Enfin les irritations chroniques sont de préférence invoquées pour expliquer le développement des cancers de la vessie : les lésions de cystite ancienne, la lithiase, les plaques de leucoplasie prépareraient le terrain à la dégénérescence maligne.

CHAPITRE II

THEORIES PATHOGENIQUES

Comment expliquer l'apparition d'un léiomyosarcome au niveau de la vessie ?

Certains paraissent admettre la théorie de Conheim: théorie des débris embryonnaires, dont l'origine serait dans des conduits de Müller insuffisamment atrophiés (Verhoogen) soit dans l'ouraque, soit dans les uretères surnuméraires.

D'autres adoptent la théorie de l'irritation chronique, en rapport avec une inflammation périvasculaire déterminée par la présence d'agents infectieux, à virulence atténuée, dans les vaisseaux de la paroi (Claise).

L'une pourrait expliquer les tumeurs des jeunes, et plus particulièrement des enfants.

L'autre les tumeurs de l'adulte.

Il nous paraît vain d'insister sur ces théories, et, il est plus logique de confesser notre ignorance sur la pathogénie des léiomyosarcomes vésicaux.

Un point plus intéressant, et qui vaut la discussion à cause de sa portée pratique, réside dans l'apparition possible d'éléments malins au cours de l'évolution de tumeurs vésicales bénignes. Tanton, Luenber-

ger, Legueu, Thompson, en ont observé des exemples. C'est en particulier le cas de plusieurs observations rapportées par Eve, Nicolich, Lexer, Røeder, Gussembauer.

En effet, il semble aujourd'hui hors de discussion que des myomes simples dégénèrent en myosarcomes; la coexistence de parties purement myomateuses bénignes avec des portions en voie de dégénérescence maligne est, en effet, expressément notée dans le cas de Gussembauer et dans celui de Cassanello. Nous en reparlerons dans l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs.

Mais une autre question se pose : quel est le point de départ vésical des léiomyosarcomes ? Il semble être au niveau de la couche moyenne de la vessie. L'observation de Gussembauer est une illustration magnifique de ce point de vue, puisqu'il a pu mettre en évidence les étapes successives de la transformation des faisceaux musculaires normaux, en faisceaux myomateux. Une coupe pratiquée au niveau du pédicule de la pièce de Gussembauer montre que :

« La tumeur se continuait sans interruption dans la musculature vésicale, et que de nombreux faisceaux musculaires de cette tunique pénétrant dans la tumeur, présentaient toutes les modifications caractéristiques de la multiplication des fibres musculaires par scissiparité, par division cellulaire ».

Associé à cette évolution du muscle lisse, l'élément conjonctif de la néoplasie pourrait, suivant Kuster, prendre naissance dans le derme de la muqueuse.

Clado, en effet, a montré que le derme de la mu-

queuse contient des cellules conjonctives rondes, jeunes, embryonnaires, tandis que la sous-muqueuse ne contient que des cellules adultes; hypothèse confirmée cliniquement par l'adhérence primitive fréquente de la tumeur à la muqueuse. Dans certains cas cependant, la tumeur repoussant la muqueuse sans lui adhérer, il est plus logique d'admettre un développement anormal aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux et inter-musculaire.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on veut tenter un essai de classification, on est tout naturellement amené à les diviser comme l'a fait Heitz-Boyer, se basant sur les myomes utérins, en 3 grandes catégories, suivant leur situation vis-à-vis de la paroi :

- 1° Tumeurs interstitielles ou intrapariétales;
- 2° Tumeurs sous-muqueuses ou cavitaires;
- 3° Tumeurs périphériques ou excentriques (désignées encore sous le nom général de sous-péritonéales).

Le siège interstitiel est vraisemblablement le stade initial de toutes ces tumeurs, étant donné le point de départ au niveau de la couche musculaire vésicale; mais elles sont rarement vues à cette période de leur existence (trouvailles d'autopsie) ou bien, il s'agit de tumeurs diffuses (Nicolich) et extrêmement malignes.

D'autre part, peuvent coexister à côté d'une grosse tumeur soit périphérique, soit cavitaire, d'autres néoplasies pariétales qui sont sans doute plus jeunes, à un stade initial. C'est pourquoi dans certains cas ayant nécessité des opérations itératives, il est permis de penser qu'il s'agit non pas de récidives, mais

du développement ultérieur de petits noyaux inaperçus à une première intervention.

L'appréciation de la fréquence relative des trois variétés topographiques qu'on a distinguées, montre une nette prédominance des variétés s'extériorisant soit en dedans, soit en dehors, et cela du fait de l'épaisseur minime de la paroi vésicale : aussitôt que la tumeur prend un certain développement, elle tend à s'énucléer de la couche qui lui a donné naissance. Cette extériorisation se fait suivant les deux types sessile ou pédiculé. Dans ces derniers cas, le pédicule est large, ne rappelant en rien l'implantation si souvent étroite des tumeurs épithéliales papillomateuses.

D'autre part, pour les tumeurs excentriques, une nouvelle distinction s'impose, du fait du revêtement péritonéal incomplet de la vessie; celui-ci faisant défaut sur la face antérieure ou pubienne et sur la portion de la face postérieure intermédiaire aux vésicules séminales et aux canaux déférents; toute tumeur née à ce niveau pourra acquérir un développement considérable tout en demeurant extra-péritonéale.

Le point d'implantation comme pour toutes les tumeurs vésicales, en général, se fait de préférence sur la face postérieure de l'organe, notamment sur le trigone, respectant le « couvercle vésical ».

Le volume habituel de ces tumeurs musculaires est remarquable et contraste avec les faibles dimensions des néoplasies épithéliales ordinaires. Cependant, il est très variable, et si certaines entraînent la mort avant d'acquérir des dimensions importantes, on a

pu observer des tumeurs occupant la moitié et même la totalité de la cavité vésicale et pesant 500 grammes (Nicolich), et jusqu'à 3 livres (Lexer).

MORPHOLOGIE

Leur morphologie extérieure est extrêmement variable :

Ce sont tantôt des tumeurs largement saillantes dans la vessie, de coloration rose ou rouge, plutôt pédiculées,

— tantôt des masses arrondies, à surface lisse, et à peu près régulière, avec assez souvent une grossière lobulation, reposant sur la paroi vésicale par une large base d'implantation de type sessile avec infiltration diffuse, unique très souvent. Mais parfois, tout autour, on observe le développement simultané ou successif de 2 ou 3 nodules accessoires, de même aspect, sans qu'on puisse affirmer s'il s'agit de greffe, de métastase ou d'un développement simultané indépendant.

CONSISTANCE

Les léiomyosarcomes sont plus ou moins durs, presque toujours fermes, tandis que l'épithélioma est mou et moins résistant. La muqueuse vésicale est fréquemment modifiée sur la tumeur elle-même : rouge, tendue, amincie, parfois ulcérée, avec parfois de petites néo-formations végétantes. Tout autour et en dehors de la tumeur, elle présente assez souvent des lésions

de cystite : on comprend, en effet, que la présence de la néoplasie, surtout si elle est volumineuse, et siége près du col, produise une stagnation d'urine éminemment favorable au développement des germes pathogènes.

PROPAGATION

Cette irritation de la muqueuse vésicale due en grande partie à une pullulation microbienne précoce peut être aussi le fait de l'infiltration progressive de la tumeur vers la cavité vésicale. Ces tumeurs à évolution, pour la plupart extrêmement rapide, ont la fâcheuse tendance à infiltrer toute la paroi de l'organe pouvant être à l'origine de complications urinaires ou non urinaires.

Si par leur siége, au voisinage d'un ou des deux uretères, ou par le fait même du volume de la néoplasie, elles créent une gêne à l'écoulement de l'urine à travers les conduits urétéraux, il se produit une distension sus-jacente d'abord aseptique, mais qui s'infecte rapidement (pyélonéphrite ou pyonéphrose) amenant la destruction d'un ou des deux reins. L'urètre aussi peut être soit envahi par le processus néoplasique, soit gêné dans sa fonction d'évacuation. Les phénomènes de rétention qui en résultent facilitent au maximum le développement et la propagation de l'infection à la tumeur elle-même et aux voies urinaires supérieures.

Les propagations régionales à la prostate, au vagin, au rectum ne sont qu'exceptionnellement rencontrées,

en raison de l'évolution particulièrement rapide de ces tumeurs.

Nous avons signalé, il y a un instant, l'infection fréquente du milieu vésical comme conséquence d'une obstruction mécanique au libre cours de l'urine. Ces tumeurs mal nourries et à circulation défectueuse sont des proies faciles pour cette infection, qui va y déterminer des transformations importantes. A l'ulcération de la muqueuse vésicale font suite plus ou moins rapidement de véritables décollements muqueux. Ces franges flottantes finissent par se détacher de la masse principale et être expulsées au cours des mictions. Il peut en résulter un signe important pour le diagnostic de la tumeur vésicale; mais alors, surgit une difficulté d'appréciation au cours de l'examen microscopique, car la dégénérescence altère plus ou moins la structure caractéristique de la tumeur.

Les phénomènes inflammatoires peuvent aller au delà et dans certains cas (sans doute exceptionnels) se caractériser par la formation d'abcès. Plus importante est l'infiltration leucocytaire qui est courante, infiltration de cellules rondes, qui doit être bien connue, si l'on veut éviter des erreurs d'interprétation bien faciles à commettre.

Des dégénérescences peuvent aussi se produire par simple dépôt de sels calcaires dans les urines infectées.

Microscopiquement

Au point de vue microscopique, ces tumeurs apparaissent constituées par l'association de fibres mus-

culaires lisses constituant de grands faisceaux effilés aux extrémités, avec un noyau central allongé, et d'un tissu conjonctif envahi par une prolifération anormale de cellules arrondies qui s'infiltrèrent entre les fibres musculaires.

Le tissu conjonctif est d'importance variable. Les vaisseaux sont peu abondants, dans certaines régions absents.

La muqueuse montre des disques d'inflammation intense, avec une infiltration embryonnaire, ne pouvant cependant prêter à confusion avec une dégénérescence épithéliale maligne.

Cette étude microscopique des tumeurs malignes vésicales a justifié l'hypothèse de la dégénérescence possible des myomes vésicaux simples en myosarcomes ou myoépithéliomes. Voici, en détail, les résultats de l'examen histologique pratiqué dans un cas de Cassanella : « Dans mon cas, dit cet auteur, il s'agit d'une tumeur dans laquelle à côté de la néo-formation musculaire qui prévaut nettement, et forme la grande masse de la tumeur, se trouve une prolifération anormale, de caractère franchement sarcomateux, faite par des cellules arrondies ou ovales fusiformes qui s'infiltrèrent en petit nombre dans les espaces entre les fibres musculaires et entre les faisceaux, ou se réunissent en amas presque alvéolaires toujours d'une grande étendue.

Cet accroissement cellulaire atypique, nous l'avons trouvé dans les portions de la tumeur que nous considérons être les plus jeunes, c'est-à-dire à côté de la vessie, dans les parois vésicales mêmes hypertro-

phiées, atteintes par le néoplasme et dans les deux petites nodosités intrapariétales.

A l'inverse de ce qui se présentait dans le cas de Gussembauer, en tant de points semblables au mien, la prolifération des cellules sarcomateuses dérivait exclusivement des cellules conjonctives du tissu inter-musculaire. »

L'examen microscopique de la tumeur du malade de Gussembauer, en est une deuxième confirmation.

CHAPITRE IV

CLINIQUE

L'intérêt de ce chapitre serait de pouvoir tracer des léiomyosarcomes vésicaux un tableau clinique un peu spécial, permettant de les distinguer, ou tout au moins de les soupçonner parmi les différentes variétés de tumeurs vésicales.

Il est malheureusement impossible, d'après l'enseignement de nos observations, d'obtenir une symptomatologie caractéristique, et notre étude sera nécessairement, avec quelques différences de degré, que nous signalerons au fur et à mesure, le tableau des diverses variétés de tumeurs vésicales.

Le début des signes cliniques remonte en général à quelques mois, à un ou deux ans tout au plus. Si les troubles vésicaux sont plus anciens, on a probablement affaire à la transformation d'une tumeur bénigne. C'est l'existence des signes d'irritation vésicale qui amène le malade souvent de façon tardive, alors que la tumeur a déjà acquis un volume notable.

Il est classique de dire, d'autre part, que le cancer vésical se révèle par l'hématurie, principal et unique symptôme; c'est exact, mais pas toujours vrai. Souvenons-nous donc que les troubles vésicaux doulou-

reux, les anomalies de la miction peuvent précéder l'hématurie.

Ces notions de début acquises, étudions donc rapidement les signes fonctionnels et les signes physiques.

Signes fonctionnels

Les phénomènes douloureux ne sont, pour ainsi dire jamais spontanés, ils se produisent surtout lors de l'émission des urines. Au début, ce ne sont souvent que quelques sensations désagréables, mais ultérieurement, elles se transforment en véritables souffrances, aussi intenses parfois que celles qui existent dans les cystites les plus douloureuses. Cette douleur liée à l'infection vésicale précède un peu la miction, persiste pendant toute sa durée, et subit une exacerbation terminale très marquée, provoquant du ténesme vésical et même rectal; le malade à ce moment, prend les positions les plus variées, sa figure se contracte, indiquant l'intensité de sa souffrance. Elle cède progressivement après l'évacuation des dernières gouttes d'urines, en s'irradiant dans tout le voisinage, surtout au périnée et dans la verge. Dans l'intervalle des mictions, le calme est relatif, et il ne persiste qu'un endolorissement diffus de toute la région sus-pubienne et périnéale.

Les troubles de la miction sont constants et également en rapport avec l'intensité de la cystite, et peut-être aussi dans une certaine mesure sous la dépendance d'un trouble mécanique dû à l'irritation causée

par la présence de la tumeur saillante faisant corps étranger, et exaspérant la contraction vésicale.

La fréquence des mictions est donc variable, celles-ci pouvant être très espacées ou survenir à intervalles rapprochés. Dans certains cas, les besoins sont subintrants, ne laissant aucun repos au malade; ils exigent une satisfaction immédiate au point de créer parfois une fausse incontinence, l'urine s'échappant contre le gré du malade qui se trouve ainsi continuellement mouillé.

On a signalé dans quelques cas une dysurie simple, observée dans des conditions curieuses : le sujet incapable d'uriner dans une position, n'a qu'à changer pour que la miction se fasse facilement. Le fait facile à comprendre lorsqu'il s'agit de tumeurs à long pédicule et mobile dans la cavité vésicale, est exceptionnel dans les cas qui nous intéressent, qui sont plutôt des tumeurs sessiles ou infiltrées, à moins qu'elles n'aient un siège au voisinage du col.

En même temps que s'installent ces phénomènes douloureux, les urines se troublent progressivement : que ce trouble soit le fait de la présence de pus et de sang, ou simplement celui de l'existence dans l'urine de débris de la tumeur dont certaines parties sont en voie de désintégration. Lorsqu'en effet la vessie est infectée, il se produit du sphacèle de la tumeur. Des fragments tombent dans la cavité vésicale et produisent par leur sphacèle une fermentation putride qui donne à l'urine une odeur véritablement abominable. En même temps, cette urine souvent glaireuse, filante, présente une teinte brunâtre qui, associée à l'odeur,

est absolument caractéristique d'une cystite néoplasique putride.

Nous en arrivons à la présence du sang dans les urines : l'*hématurie* — symptôme d'un très haut intérêt, mérite d'être bien décrite : sa fréquence d'abord ? Nous la trouvons signalée dans presque toutes nos observations. Elle serait donc un signe constant dans le cours complet de l'évolution.

En revanche, si l'on considère son apparition, elle est loin de constituer un symptôme initial, ce qui est l'inverse lorsqu'il s'agit d'une tumeur vésicale d'origine épithéliale : ce contraste se comprend par suite de la différence de structure et de vascularisation des deux variétés de tumeurs. L'abondance de l'hémorragie est très variable, depuis la petite hématurie caractérisée par quelques gouttes sanglantes à la fin des mictions, jusqu'aux écoulements de sang importants et prolongés.

Les caractères sont nets : elle est spontanée, variable, capricieuse, répétée, de longue durée, difficile à arrêter. Le malade qui se met au repos et au régime pour l'arrêter, la verra persister, alors qu'un jour, las de toute thérapeutique, et revenu à un régime et à une activité normale, elle cessera inopinément pour réapparaître de nouveau sans raison.

Signes physiques

Les signes physiques sont fournis par :

L'inspection, la palpation simple, la palpation bimanuelle, le cathétérisme, la cystoscopie.

Chez la femme, l'issue de la tumeur par le méat a pu permettre un examen histologique plus décisif que celui des fragments expulsés par les urines. Tel est le cas évidemment exceptionnel du malade de Senftleben.

D'autre part, la seule inspection hypogastrique ne fournira pas grands renseignements et surtout rien de précis, même dans le cas de déformation de la région.

Au contraire, le palper simple a donné des renseignements importants : soit qu'il ait été pratiqué à travers la paroi abdominale, soit qu'il ait été fait par le rectum ou le vagin, permettant ainsi à plusieurs auteurs de bien limiter et définir la néoplasie intravésicale.

La tumeur observée par Lexer était ainsi perceptible et remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Plus souvent, la tumeur dépasse de deux ou trois travers de doigt le rebord supérieur du pubis (cas de Nicolich, Røeder, Gussembauer).

Le palper bimanuel, beaucoup plus instructif, donne des signes de réelle importance; il semblerait même que c'est surtout dans cette variété de tumeurs vésicales qu'il est d'un secours précieux, car, dans les autres tumeurs, épithéliales par exemple, il est si souvent négatif qu'il en perd beaucoup d'intérêt.

Ce mode d'exploration a permis non seulement de faire reconnaître l'existence de la tumeur vésicale, mais encore d'en définir la forme, le volume, le siège, et même dans quelques cas, la nature (Gussembauer). La zone d'infiltration périphérique par exemple, ne s'appréciera que par le doigt, et donc nécessité de ne

négliger en aucun cas les touchers rectal, vaginal, et le palper des fosses ilio-pelviennes. On le voit aisément, le toucher bimanuel constitue un mode de recherche de premier ordre, fournissant des éléments aussi indispensables à l'établissement d'un bon diagnostic qu'à l'institution de méthodes thérapeutiques adéquates.

Si nous passons maintenant aux explorations instrumentales, le cathétérisme, surtout avec un instrument rigide, et le cystoscope, fourniront des données extrêmement intéressantes, mais d'inégale valeur.

Autrefois, l'explorateur métallique était très utilisé et des auteurs comme Gussembauer, savaient en tirer des indications remarquables de précision : écoutez cette description :

« La sonde vésicale glisse sur une surface inégale et mamelonée. A l'examen plus minutieux des mouvements que la sonde exécute à l'intérieur de la vessie, on constate tout d'abord que son bec immédiatement après être entré dans la vessie, se dirige en avant, et lorsqu'on essaie de le déplacer de droite à gauche, on sent qu'il passe chaque fois sur la surface d'une tumeur occupant la paroi vésicale postérieure, tumeur mamelonnée et par endroit rugueuse. Des deux côtés de cette tumeur, la sonde s'enfonce jusqu'au bas fond vésical. L'examen combiné avec la sonde et le toucher rectal permet de constater nettement qu'une tumeur qui longe la paroi postérieure de la vessie, entravait les mouvements du bec de la sonde par la saillie qu'elle faisait dans la paroi vésicale ».

J'ai cité cette longue description pour montrer à

quel degré l'examen clinique, aidé d'instruments aveugles peut-être riche de renseignements et de précisions. Il est certain que de telles manœuvres sont traumatisantes, et qu'à frais égaux, nous avons à l'heure actuelle, un moyen d'investigation beaucoup plus précis, nous voulons dire la cystoscopie.

L'examen cystoscopique s'impose, en effet, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une affection vésicale qui n'est pas une cystite aiguë, car il permettra en général, de reconnaître la lésion causale, et pour ce qui nous intéresse, d'apprécier, en outre, certains caractères, nous faisant prévoir la nature maligne de la tumeur. Celle-ci apparaît mamelonnée, en chou-fleur ou ulcérée, sessile ou pédiculée, de coloration très variée, se continuant avec la paroi vésicale sans qu'il y ait de démarcation nette, au moins en certains points, entourée de lésions d'œdème.

Parfois sur sa surface, on voit nettement en relief, des plaques irrégulières recouvertes d'une couche filamenteuse blanc d'argent, qui ne sont que des incrustations disséminées grâce à l'infection vésicale, et associées d'ordinaire à une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec aspect cérébriforme.

L'aspect de la tumeur étudié, reste à préciser son siège et ses limites : deux notions fondamentales d'où découle la question d'opérabilité. C'est, comme le dit Marion, en considérant les rapports de la masse avec le col et avec les uretères, que l'on pourra préciser le point d'implantation; on a très souvent tendance à voir l'implantation de la tumeur sur les parois latérales plus haut qu'elle n'est en réalité; si elle est vrai-

ment à ce niveau, loin du voisinage du trigone, il est très souvent possible de constater une partie de vessie saine entre la tumeur et l'orifice urétéral. L'étendue sera appréciée par le degré de rotation ou d'inclinaison que l'on devra imprimer au cystoscope.

Plus difficile est l'appréciation de l'étendue de la tumeur, du degré d'infiltration de la paroi vésicale. La vue ne permet pas, en effet, d'apprécier, sous une muqueuse enflammée et œdémateuse, avec une sécurité suffisante, les limites même approximatives du cancer. Il y a des cas où l'erreur presque inévitable a été commise, même par les plus compétents, et nombre d'auteurs ont eu un jour la surprise de trouver des tumeurs, qui, bien que très grosses, et occupant une énorme étendue, avec très large pédicule, étaient susceptibles d'une intervention relativement facile et raisonnable.

Ainsi, la cystoscopie, bien que laissant en suspens des notions d'importance, reste l'examen princeps, le premier à utiliser parmi la série des moyens d'investigation vésicale.

Mais, il est des cas où elle est impossible, soit en raison des hémorragies — de l'impossibilité de laver la vessie à cause de son irritabilité — soit encore à cause de son défaut de capacité ou du volume de la tumeur; mais, une préparation de la vessie par la mise d'une sonde à demeure, la pratique d'instillations répétées permettront souvent cette exploration qui avait paru impossible au premier abord.

Dans tous les cas toute cystoscopie normale ou insuffisante, devra être complétée par un toucher rec-

tal, qui permettra parfois de constater une infiltration périvésicale, et par la cystographie et la biopsie.

Formes cliniques

Il peut paraître superflu de tenter une description des formes cliniques des léiomyosarcomes, après avoir signalé que leurs manifestations cliniques se noient dans la symptomatologie générale des tumeurs vésicales. Cependant, cela va nous permettre de fixer l'attention sur quelques particularités intéressantes de leur tableau clinique et de leur évolution.

En effet, on peut individualiser :

Une forme HÉMATURIQUE : l'hémorragie est le premier signe qui attire l'attention du malade, et l'amène à consulter. Tous les intermédiaires peuvent se voir, entre les saignements peu importants, et les grandes hémorragies exigeant une intervention immédiate.

Une forme à type CYSTITE : c'est peut-être la plus fréquente. Les malades consultent parce qu'ils souffrent de la vessie et qu'ils urinent souvent; la miction douloureuse donne des urines purulentes, où il a été possible parfois d'observer de petites hématuries fugaces. L'examen des urines montre l'existence de pus, parfois de débris de tumeurs.

Une forme TUMORALE qui est loin d'être exceptionnelle : au début, c'est une simple pesanteur abdominale, puis le palper fait bientôt percevoir au malade lui-même, à la partie inférieure de l'abdomen, l'existence d'une tumeur arrondie, immobile, peu doulou-

reuse à la pression (observation de Lexer). Les signes d'irritation vésicale sont peu marqués en dehors des sensations de brûlures post-mictionnelles. Toutefois, dès que la tumeur atteint un certain volume, le tableau clinique se complique rapidement.

Enfin, des formes RAPIDES, résistant à toute thérapeutique (observation du Professeur Cibert).

Ou LENTES, caractérisées par une longue période plus ou moins silencieuse, compliquées un jour de signes de malignité évidents avec terminaison rapide.

Evolution

La marche des léiomyosarcomes est progressive et rapide, sans période d'amélioration appréciable; ils évoluent en un laps de temps qui varie de un à deux ans, parfois moins. La mort survient par cachexie le plus souvent, au milieu d'atroces douleurs, ou du fait de complications qui hâtent encore la terminaison fatale.

Complications

Dans certains cas de tumeurs vésicales, la scène clinique est très atténuée, et c'est d'emblée une complication qui attire l'attention du malade : nous voulons dire l'hémorragie grave nécessitant une intervention d'urgence; c'est très rare, et d'ordinaire, les complications s'installent progressivement. Ce sont d'abord les hématuries qui, par leur répétition et leur cons-

tance créent un danger immédiat, auquel parfois, il a fallu porter un remède rapide par cystostomie. Ce saignement, en effet, affaiblit rapidement le malade, paralyse les défenses de l'organisme, facilite l'apparition de complications infectieuses. Celles-ci sont d'ordinaire depuis longtemps préparées par les phénomènes mécaniques, liées au siège et au volume de la tumeur et dont l'intensité s'accroît au cours de l'évolution, déterminant en définitive des troubles sur les organes voisins. Des accidents par pression sur le rectum ne sont pas rapportés. En revanche, assez souvent, les tumeurs vésicales agissent fâcheusement sur les uretères, aboutissant à leur dilatation et à celle du rein sus-jacent.

Nous l'avons déjà signalé à l'anatomie pathologique, en faisant ressortir que dès lors, un danger imminent était à craindre, l'infection qui transforme le liquide urinaire en liquide uropurulent; la fonction rénale est rapidement atteinte, l'urémie apparaît : alors, c'est l'installation de troubles digestifs importants, d'une température élevée oscillante; des localisations infectieuses aux membres inférieurs, aux poumons peuvent apparaître, parfois des fistules vésico-intestinales se produisent; l'intoxication de l'organisme est progressive et l'issue fatale arrive à brève échéance par cachexie urinaire.

D'autres fois, enfin, on assiste — localement — à une prolifération intravésicale considérable de la tumeur; des bourgeons charnus font irruption au dehors par l'orifice de cystostomie, venant ainsi gravement compromettre le seul moyen de drainage efficace de la vessie.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile à poser en général, en temps que tumeur vésicale. Lorsque l'hématurie spontanée terminale est le signe capital du cancer vésical, la cystoscopie éliminera un polype banal. Si le début est marqué par de la cystite, on pourra penser aux différentes variétés de cystite (cystite ordinaire, cystite végétante, syphilis vésicale, cystite calculeuse, cystite bacillaire, cystite chez un prostatique, cystite bilharzienne) et au cancer.

Parfois le toucher rectal fera constater un néoplasme de la prostate et l'on pourra immédiatement affirmer l'existence d'un envahissement de la vessie. Le toucher rectal combiné au palper abdominal, ou chez la femme le toucher vaginal, permettra souvent de sentir une masse remplissant la vessie, ou une infiltration périvésicale.

Enfin, dans tous les cas, quelle que soit la manifestation de l'irritation vésicale au début, on pratiquera une cystoscopie qui, comme nous l'avons indiqué, donne des éléments de diagnostic essentiels.

Si en raison d'une cystite intense, elle est impossible, la cystographie pourra donner parfois d'utiles ren-

seignements. Dans les cas heureux, on pourra constater une image lacunaire qui donnera des précisions sur le siège et les dimensions de la tumeur.

Pour mieux apprécier encore le volume, on pourra pratiquer une radiographie après injection de la vessie au collothor, substance ayant la propriété d'imprégner les tissus. Après évacuation du liquide, on remplira la vessie d'air, et on verra alors la tumeur sur le fond clair de la vessie.

Enfin, le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, est indispensable pour apprécier si la tumeur a dépassé ou non les limites de la vessie, et si par conséquent, elle peut être ou non enlevée.

Grâce aux nombreux procédés d'investigation que nous venons de signaler, le diagnostic de tumeur vésicale est facile. Mais, pouvons-nous arriver par ces moyens, ou par les phénomènes cliniques observés, à préciser notre diagnostic, et l'orienter vers celui de léiomyosarcome ? Evidemment non, puisqu'il n'existe aucun signe caractéristique; seul l'examen histologique de la pièce en permettra l'affirmation.

Cependant des nuances dans l'examen, associées aux indications de la biopsie, en feront soupçonner la malignité.

La pollakiurie intense, les mictions douloureuses, ainsi que nous l'avons déjà signalé dans l'étude clinique, doivent nous faire penser à une infiltration de la paroi vésicale par une tumeur maligne. La palpation bimanuelle de la vessie à travers le rectum ou le vagin, ne doit jamais être négligée, souvent elle per-

mettra de sentir et de bien délimiter une induration caractéristique.

L'aspect cystoscopique, dont personne ne conteste l'importance, permet en général de trancher le diagnostic : l'implantation sessile de la tumeur, l'infiltration de la paroi avec essaimage de nodules secondaires constituent des signes de malignité caractéristiques. Il n'en est pas de même dans les cas avancés, où à cause du saignement et des souffrances vésicales, l'endoscopie ne peut rien donner. On peut alors avoir recours à d'autres moyens :

La *cystographie*, après injection par exemple d'une suspension de sulfate de baryum dans de l'eau, au taux de 15 à 20 %; ce liquide de préparation simple non toxique, non irritant, est stérilisable par ébullition. On pratique en général deux radiographies, face et profil. Elles permettent toujours de constater des modifications de la forme et des bords de la vessie, et des inégalités dans l'ombre cystographique.

Les déformations peuvent être plus ou moins accentuées et étendues en rapport avec le degré d'infiltration néoplasique de la paroi : au lieu de la forme arrondie normale, on peut avoir une vessie en poire, irrégulière, rongée, amputée sur une partie plus ou moins grande.

L'altération des bords est très nette et variable avec l'ombre vésicale plus ou moins opaque, grâce à la présence de la tumeur; celle-ci greffée sur la paroi fait apparaître un signe important, l'aplatissement localisé du contour vésical qui indique toujours l'infiltration.

Mais encore, dans bon nombre de cas, ces examens ne suffisent pas pour déceler la malignité, et il y a lieu de recourir, chaque fois que cela est possible, à la *biopsie*, qui permettra un examen au microscope.

Pour prélever un fragment d'une tumeur vésicale, on peut employer un des modèles de cystoscope opérateur muni de pinces spéciales.

Les fragments recueillis pendant un sondage ou un lavage de vessie, ou pendant une séance de traitement par courant à haute fréquence peuvent aussi servir pour l'examen microscopique; mais souvent les modifications produites par ces courants rendent ce matériel inutilisable pour un examen anatomo-pathologique.

On a reproché à la biopsie de produire des hémorragies (qu'il est facile d'arrêter) et de favoriser les métastases : pure hypothèse !

Inoffensive, on peut donc pratiquer une biopsie chaque fois qu'elle est nécessaire, et suivant quelques règles, si l'on veut qu'elle soit utile.

Recueillir d'abord des fragments de volume suffisant pour permettre l'examen.

Faire des prélèvements au niveau du pédicule, s'il en existe un, et s'il peut être abordé (il est important en effet de savoir si le pédicule est infiltré ou non de cellules néoplasiques).

Dans les tumeurs sessiles, il faut faire la biopsie sur les bords de la tumeur, ou tâcher de prélever des fragments sur la muqueuse avoisinant la base de la tumeur, au niveau des petites élevures qui entourent parfois la tumeur principale.

L'histologiste en possession de ces fragments de biopsie pré-opératoire donnera-t-il une réponse exacte, concordant avec le résultat de l'examen post-opératoire ? Il est évident que l'erreur peut être fréquente, le fragment prélevé indiquant une structure bénigne, alors que dans d'autres points existait sûrement une dégénérescence maligne : c'est pourquoi il est utile de faire plusieurs prises pour augmenter les chances d'exactitude. Et cela est vrai même pour les léiomyosarcomes, dont certains nodules peuvent présenter une structure purement myomateuse sans aucune anomalie de l'élément conjonctif, comme l'ont montré plusieurs des observations que nous avons rapportées.

Mais, malgré tout, c'est encore dans ces tumeurs rares que la biopsie donne le plus souvent la clé du diagnostic, puisque ce sont les parties périphériques qui détiennent les éléments histologiques les plus atypiques.

En conclusion, la biopsie a une importance pratique limitée : elle est intéressante si elle est positive, négative elle ne signifie rien, car les échantillons ne peuvent toujours être pris là où il faudrait. C'est souvent sur la pièce enlevée que l'on reconnaît la malignité.

Nous ne saurions encore passer sous silence une notion très importante pour le diagnostic de malignité des tumeurs : C'est la réaction de la tumeur à l'application cystoscopique des courants de haute fréquence. Les tumeurs bénignes diminuent rapidement et disparaissent plus ou moins vite, suivant leur volume.

Quand au contraire, la tumeur résiste à ce traitement après une ou deux séances, quand elle augmente entre deux séances, et quand l'eschare est très longue à se détacher, il s'agit d'une tumeur maligne.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, mais l'opération, si elle est d'un enseignement plein d'intérêt, comporte de nombreux dangers pour le malade, et ne doit être tentée que lorsque l'hésitation penche en faveur de la bénignité.

Ainsi, après avoir signalé et discuté la valeur des principaux signes cliniques et des différents moyens d'investigation, il nous est facile de résumer en quelques mots les éléments ou les facteurs qui vont être à la base d'un diagnostic *positif*.

Les signes de probabilité sont les suivants :

l'hématurie, capricieuse, spontanée, abondante;

les mictions rapidement douloureuses;

la fétidité des urines, celles-ci contenant des débris en suspension;

l'aspect cystoscopique :

le cancer est évident lorsque le léiomyosarcome revêt le type de tumeur infiltrée. Là, le diagnostic s'impose. Par contre, l'erreur est plus facile dans les cas de masse arrondie, régulière, ressemblant à un myome utérin tel qu'on peut en voir apparaître au cours d'un examen au spéculum. La différenciation entre tumeur bénigne et maligne est impossible par le simple aspect extérieur.

Le seul signe de certitude est apporté par la biopsie qui précisera l'association de fibres musculaires hypertrophiées et de cellules sarcomateuses.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des léiomyosarcomes est le même que celui des tumeurs malignes de la vessie, en général.

Cette question, si décevante pour l'urologue, malgré d'importantes ressources thérapeutiques, était longuement discutée en 1932 dans le rapport d'André et Grandmaison au Congrès d'Urologie où les résultats par des moyens modernes et les agents physiques parurent aussi désastreux, et la gravité de ces tumeurs, en somme à peu près aussi considérable aujourd'hui qu'autrefois.

On comprend aisément l'énorme difficulté à laquelle on se heurte, si l'on songe que ces tumeurs sessiles ou infiltrées ont pour caractère d'envahir très précocement toute l'épaisseur de la paroi vésicale, musculieuse comprise, et non pas seulement la muqueuse. Il en résulte dans ces cas que, quel que soit le procédé employé, il faut, ou enlever la paroi vésicale dans toute son épaisseur, ou détruire les éléments néoplasiques qui peuvent y être infiltrés.

D'autre part, ce n'est pas seulement en-dessous de la partie visible du néoplasme que les cellules cancé-

reuses ont infiltré la paroi, mais c'est aussi, dans une certaine étendue, à son pourtour. Donc, l'ablation chirurgicale ou la destruction des éléments cancéreux par les agents physiques devra porter non seulement sur la tumeur, mais sur une zone apparemment saine tout autour.

Tous les principes thérapeutiques vont graviter autour de cette notion essentielle de l'envahissement.

A une tumeur au début, et paraissant localisée, et chez un sujet résistant, vont être appliquées des méthodes radicales, soit cystectomie partielle, soit cystectomie totale.

Si les limites sont incertaines, l'hésitation sera permise entre le radium et l'électro-coagulation.

D'autres fois, et c'est, hélas, la plupart du temps, il ne sera possible d'opposer au mal que des moyens palliatifs, parmi lesquels on aura le choix entre la cystostomie, l'évidement au doigt, la sonde à demeure, les lavages de vessie, la médication calmante, les injections de mésothorium.

Méthodes radicales par voie sanglante hypogastrique

Pour pratiquer une opération radicale, il faut que le siège de la tumeur le permette et que la profondeur des lésions rendent possible une extirpation totale. Il n'y pas lieu de s'occuper des ganglions plus souvent inflammatoires que néoplasiques, et d'ailleurs hors de portée. On a ainsi le choix entre la cystecto-

mie partielle et la cystectomie totale, mais celle-ci nécessitant une dérivation, il faut obtenir l'agrément du malade.

Cystectomie partielle

Elle consiste à réséquer très largement la paroi vésicale au niveau de laquelle s'implante la tumeur; aussi, pour avoir des chances de dépasser suffisamment l'infiltration néoplasique, il faut enlever une zone de la paroi vésicale apparemment saine tout autour de la tumeur, et dans une étendue que la plupart des auteurs estiment à 2 centimètres et demi. Mais cette large résection amène à considérer au point de vue des possibilités opératoires les différentes parties de la vessie : sommet et tiers supérieur, tiers moyen avec faces latérales, antérieure et postérieure, tiers inférieur comprenant le trigone, le bas-fond jusqu'à deux centimètres au-dessus des uretères.

Si la tumeur est petite, et si elle est placée sur le sommet, la face antérieure ou même les faces latérales, on doit faire une résection large, enlever le tiers ou même la moitié de la vessie.

Certains font des résections encore plus étendues, ne laissant qu'une toute petite partie des parois latérales, antérieure et postérieure, juste de quoi recouvrir le bas-fond et reformer une très petite vessie qui d'ailleurs se dilate au bout de quelques mois, au point que les malades ne s'en trouvent pas sérieusement gênés.

Mais la résection ainsi pratiquée, de toute l'épaisseur de la paroi vésicale, il faut compter avec les parties recouvertes et les parties non recouvertes de péritoine.

Dans les parties non recouvertes, ne pas trop serrer la dissection sur la paroi vésicale, mais enlever au contraire le plus largement possible, en même temps que le morceau de la paroi qui porte la tumeur, le tissu cellulo-graisseux adjacent.

Dans les parties recouvertes de péritoine, étant donné que l'infiltration néoplasique occupe souvent toute la paroi jusqu'au péritoine, il ne faut pas décoller ce péritoine pour faire une résection extrapéritonéale, ce qui pourrait laisser adhérents à la séreuse des cellules néoplasiques ou des lymphatiques déjà infectés; mais enlever franchement toute la portion de péritoine qui recouvre la partie de la paroi réséquée.

Par contre, certains pensent avec les Américains que l'extrapéritonisation est un progrès important.

Si, au contraire, la tumeur est à moins de 2 centimètres et demi du trigone, la résection se complique, car il faut compter avec les deux uretères.

Beaucoup d'auteurs admettent aujourd'hui la cystectomie partielle dans les tumeurs de la zone latérale englobant l'orifice urétéral, à condition qu'il s'agisse de malades assez jeunes et résistants, sans lésions rénales importantes.

Autrefois, on pratiquait dans la même séance la néphrectomie du même côté.

Aujourd'hui, on préfère, à la suite de Marion, ré-

implanter l'uretère au voisinage de la plaie opératoire, non dans elle, en plaçant une sonde urétérale dans l'uretère. Elle évite les rétentions du rein, et lorsque le malade est guéri, la sonde est retirée. Si aucun accident ne se produit, le malade garde son rein, s'il survient des accidents de rétention, on pratique secondairement une néphrectomie.

Signalons au point de vue technique encore, qu'il semble y avoir avantage à faire une résection au bistouri électrique, qui diminue l'importance de l'hémorragie, et réduit les chances d'essaimage toujours à redouter; et d'autre part remplir la vessie d'air et non de liquide pour éviter au maximum une inoculation toujours possible; et, dès la vessie ouverte, cautériser à la haute fréquence toute la surface de la tumeur.

Les résections partielles ainsi pratiquées, larges, de façon précoce, avant tout envahissement lymphatique, donnent indubitablement au malade les meilleures chances de guérir; et si l'on a de mauvais résultats, ne s'agissait-il pas plutôt que d'une technique défectueuse, de tumeurs évoluées où il eût mieux valu s'abstenir ?

Cystectomie totale

La cystectomie totale, qui, théoriquement paraît l'opération la plus logique, et s'accommodant le mieux avec les principes de la chirurgie du cancer, est en réalité de pratique exceptionnelle, soit parce que, exécu-

tée tardivement, elle comporte des risques immédiats considérables, soit surtout parce que, conseillée à une période favorable, les malades supportent mal l'idée de l'extirpation de la vessie et n'acceptent pas l'opération radicale : ils ne comprendront que plus tard la nécessité d'une fistulisation définitive de leurs uretères au moment où ils souffrent, c'est-à-dire quand il est trop tard pour intervenir.

Au point de vue technique, signalons brièvement que le point crucial est la question du traitement des uretères; on les a abouchés à l'urètre, au vagin, à la région lombaire; Heitz-Boyer et Hovelacque ont même tenté de reconstituer un réservoir urinaire aux dépens d'une partie exclue de l'intestin. D'autres enfin, pratiquaient simplement une néphrostomie aux fins de garantir plus sûrement le rein contre la pyélonéphrite secondaire ascendante.

Aujourd'hui, la plupart de ces procédés ingénieux mais complexes semblent abandonnés, et à la suite de Heresco et Marion, on recourt plus volontiers à l'urétérostomie iliaque ou intestinale faite 15 à 20 jours avant l'extirpation vésicale.

Les résultats, d'après les statistiques, sont décevants : mortalité immédiate considérable, résultats éloignés très douteux, sauf rares exceptions. Mais il est évident que pour apprécier plus équitablement la valeur de la cystectomie totale, il faudrait des statistiques portant sur des séries de cas favorables et non des cas isolés presque toujours très avancés.

C'est là où il est peut-être possible d'entrevoir la cause du discrédit jeté sur cette intervention; prati-

quée ainsi à contre-temps sur des malades anémiés par des hémorragies prolongées, avec des reins et des uretères plus ou moins dilatés et altérés, avec essaimage de cellules cancéreuses dans les lymphatiques, elle apparaît désastreuse; alors qu'une cystectomie précoce, chez un sujet en bon état général, sans lésions rénales, permettrait d'espérer, avec une moindre mortalité immédiate, des survies très prolongées sans récidives locales ou ganglionnaires, et sans métastases.

Aujourd'hui, elle reste donc somme toute une méthode exceptionnelle.

Traitement par les agents physiques

L'importance et la gravité des interventions chirurgicales, la fréquence des récidives qui obligeaient à réintervenir à plusieurs reprises dans l'intervalle de quelques années, ont conduit les chirurgiens à utiliser couramment les méthodes endoscopiques qui avaient au moins l'avantage de n'être pas des opérations sanglantes et de pouvoir être répétées chez le malade aussi souvent qu'il le fallait pour lutter contre les récidives. D'application facile, bien acceptées par le malade, ces méthodes, employées judicieusement, peuvent donner d'excellents résultats et justifier ainsi leur emploi par l'unanimité des chirurgiens.

Haute fréquence (Electro-coagulation)

C'est la méthode de Beer, vulgarisée en France et perfectionnée par Heitz-Boyer.

Elle est obtenue par l'application des courants au contact de la tumeur, entraînant une eschare noiretre, avec carbonisation des tissus. Son application peut se faire par deux procédés répondant à des indications précises.

1° VOIE CYSTOSCOPIQUE.

Celle-ci nécessite un cystoscope à cathétérisme urétéral ou la sonde urétérale est remplacée par une sonde à diathermie.

Le manuel opératoire est simple pour qui a l'habitude du cathétérisme urétéral. L'intensité du courant à employer est variable suivant le résultat qu'on veut obtenir et la profondeur de cautérisation qu'on recherche. En général, 300 à 600 milliampères suffisent; n'utiliser qu'avec grande prudence ces intensités de courants supérieurs pour éviter tout danger de perforation vésicale.

La chose essentielle est d'interrompre de temps en temps courant (toutes les vingt ou trente secondes), d'abord pour ne pas brûler la substance isolante entourant le plateau de la sonde où se produisent les étincelles, puis pour se rendre compte de l'effet produit sur la paroi vésicale et ne pas produire d'eschare trop importante.

La clarté du milieu cystoscopique est indispensable

pour bien voir; s'il vient à se troubler par du sang ou des débris de tumeur, il faut renouveler l'eau de la vessie et faire un bon lavage.

En présence d'une tumeur pédiculée, il faut détruire avec soin le pédicule à l'électrocoagulation, car, c'est principalement à ce niveau que se font les récidives.

En cas de tumeur à pédicule large, ou surtout de tumeur sessile, il est souvent nécessaire de creuser dans l'épaisseur de la tumeur des tranchées profondes, puis d'attaquer et de détruire avec soin la base de la tumeur.

Pour exécuter ce travail, deux procédés sont à notre disposition :

Soit la méthode lente et progressive qui consiste, si la tumeur est un peu grosse, à pratiquer plusieurs séances sans employer d'anesthésie tout au moins générale.

Soit la méthode rapide permettant au contraire de détruire en une seule séance des tumeurs d'un certain volume, mais sous anesthésie générale ou rachidienne.

2° VOIE TRANSVÉSICALE (après taille hypogastrique).

Là, on opère directement sous le contrôle de la vue. L'intensité des courants utilisés varie entre 400 et 500 milliampères. On fait d'emblée une application au courant de haute fréquence au contact, qui transforme la tumeur en tissus à aspect calciné. Ces débris tombent spontanément ou sont enlevés avec une

compresse, sans provoquer la moindre hémorragie. On peut alors se rendre compte facilement et nettement du degré de propagation de la tumeur à la paroi vésicale et poursuivre l'électrocoagulation jusqu'à ce qu'on se trouve en tissu souple, tout en veillant cependant à ne pas dépasser l'épaisseur de la paroi vésicale, ni à produire une eschare trop épaisse dont la chute ultérieure pourrait provoquer une perforation de la paroi avec danger de péritonite.

Ce procédé permettant d'opérer sous le contrôle de la vue, et de conduire l'intervention sous les indications constantes du toucher direct, est de beaucoup supérieur à la voie cystoscopique qui est relativement aveugle sur le degré d'infiltration de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par les courants de haute fréquence, j'entends lorsqu'il s'agit de cancer de la vessie, sont également décevants; certains ont observé de véritables coups de fouet donnés à la maladie, et une évolution beaucoup plus rapide que ne le faisait prévoir l'état antérieur à l'électrocoagulation.

On peut voir dans deux de nos observations, que les malades traités par la haute fréquence, à vessie ouverte, n'ont bénéficié d'aucun répit, et que l'évolution s'est faite rapidement vers la mort après une prolifération locale extrêmement rapide.

Radium

La radiumthérapie a été employée par tous les chirurgiens, et malgré cette pratique, il est encore au-

jourd'hui difficile de se faire une opinion sur les résultats obtenus. Les indications peu précises, les différentes méthodes d'applications sont peut-être à l'origine de cette difficulté d'apprécier la valeur exacte de la méthode.

Au début de l'emploi du radium — ce dernier était appliqué par le procédé le plus simple — qui consiste à loger un tube de radium dans le bout d'une sonde qu'on poussait par l'urètre dans la vessie. On laissait ainsi la sonde à demeure (48 heures au moins pour 50 milligrammes de radium élément). L'application était renouvelable dans deux ou trois mois. Ce procédé aveugle céda rapidement la place à l'application d'aiguilles introduites par voie cystoscopique; elles sont fixées sur la tumeur, et laissées en place un temps variable avec la dose de radium utilisé. Ces applications cystoscopiques peuvent convenir à des tumeurs peu volumineuses, et surtout à des tumeurs plus ou moins pédiculées. Mais, lorsqu'il s'agit de tumeurs sessiles ou infiltrées, dont la malignité est fortement soupçonnée, l'application de radium, aiguilles ou tubes, par voie sus-pubienne paraît donner les meilleures chances d'obtenir de bons résultats.

APPLICATION PAR VOIE SUS-PUBIENNE

Tous les chirurgiens procèdent à peu près de la même façon : ouverture large de la vessie bien main-

tenue par les écarteurs si c'est utile; combiner l'action de la haute fréquence à celle du radium; parfois en cas de tumeur volumineuse, évidemment aux ciseaux, au bistouri électrique jusqu'au niveau approximatif de la paroi vésicale qui sera cautérisée; puis implantation des aiguilles de radium.

Nous ne saurions mieux faire que de citer les paroles mêmes de Darget, qui s'est fait l'ardent défenseur du radium intravésical : « Les aiguilles de trois milligrammes élément, dont nous nous servons habituellement sont disposées à un centimètre et demi environ l'une de l'autre dans la base même de la tumeur. A titre d'indication, nous avons pu employer, sans inconvénient, jusqu'à dix aiguilles de radium élément laissées en place sept jours. L'application devra rester parfaite pendant toute sa durée, les aiguilles seront implantées solidement dans la paroi; nous conseillons de les maintenir en place par un petit ballonnet de caoutchouc stérilisé, faiblement gonflé avec 500 cc. de liquide; tout en maintenant les aiguilles en place, il écarte, en outre, la paroi saine du foyer d'irradiation et constitue un écran protecteur ».

En ce qui concerne la durée d'application, Darget préfère des applications prolongées aux applications massives et courtes : se contenter d'une durée de 5 à 6 jours pour les tumeurs sessiles mais molles, allant jusqu'à 7 jours au maximum si l'infiltration pariétale est certaine.

Enfin, un autre point essentiel, est la lutte contre l'infection : désinfecter soigneusement la cavité vé-

sicale avant l'opération; après celle-ci, les lavages bi-quotidiens seront continués pendant plusieurs semaines, par la sonde de Pezzer hypogastrique maintenue au moins pendant deux mois.

Quels sont les résultats de la radiumthérapie ? Darget croit avec certitude à son efficacité, statistiques à l'appui. Mais la plupart des auteurs, en Amérique, en France, en Belgique, ne sont pas de cet avis, et ne l'emploient qu'avec une grande réserve.

Beaucoup d'auteurs, en effet, font ressortir la gravité de son application dans les tumeurs malignes : elle produit des phénomènes de toxémie par résorption de produits de désintégration cellulaire, phénomènes graves qui peuvent être mortels. Les exemples abondent.

On doit compter aussi avec les douleurs épouvantables, les phénomènes de cystite avec épreintes terribles déclenchées par le radium, l'élimination pendant des mois de débris de tissu avec infection vésicale. Ce sont ces inconvénients qui limitent considérablement son emploi, et qui l'ont même fait rejeter complètement par certains.

Traitement palliatif

Les différents modes de traitement que nous venons d'envisager, peuvent parfois aussi être appliqués non pas dans l'espoir de guérir les malades, mais dans le but de prolonger le plus possible leur existence et de leur procurer une fin supportable.

La cystostomie est souvent pratiquée sans toucher à la tumeur pour calmer les douleurs de cystite, parer à l'infection vésicale ou aux hémorragies; elle apporte parfois, mais temporairement, un soulagement réel, en supprimant les besoins incessants d'uriner; mais elle n'est en somme vraiment à conseiller que pour arrêter les hémorragies, car elle permet le nettoyage partiel de la vessie et la cautérisation de la surface de la tumeur; cependant l'évolution de la tumeur se poursuit, les bourgeons envahissent la plaie, obstruent plus ou moins le drain mis dans la vessie, celui-ci fonctionne mal et tout recommence.

Mais dans certains cas, la taille hypogastrique est impossible, le cancer a envahi toute la vessie : les parois sont méconnaissables, on ne trouve aucune zone saine pour l'incision de cystostomie.

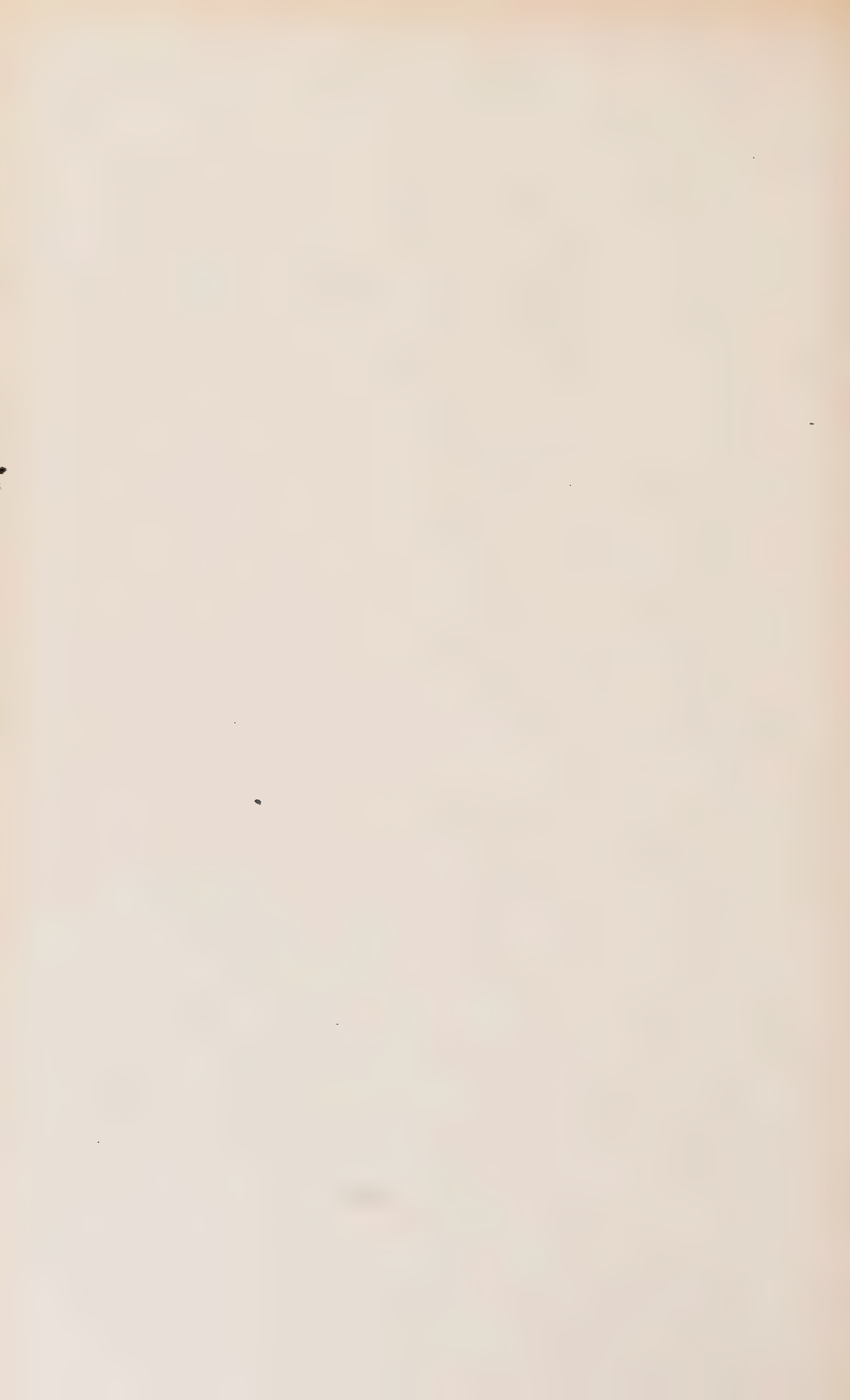
Dans ces cas, utiliser la radiothérapie pénétrante et la sonde à demeure, et on pourra obtenir pendant un certain temps des résultats appréciables; il sera sage de leur associer des lavages de vessie qui auront leur utilité pour nettoyer le réservoir infecté contenant des débris sphacéliques. Les instillations de nitrate d'argent ralentissant la pullulation microbienne, atténuent de même l'inflammation vésicale et les signes de cystite.

Mais ces procédés n'apportent parfois aucun soulagement, et il faut faire quelque chose. Tenter alors la dérivation des urines au-dessus de la vessie par urétérostomie cutanée iliaque ou par double néphrostomie. Ces interventions apportent généralement un soulagement complet et définitif des douleurs de la vessie :

l'urine ne va plus irriter les bourgeons de la tumeur, aucun corps étranger comme la sonde pour exciter les contractions vésicales. Il peut persister parfois quelques troubles vésicaux dus à l'accumulation de sang et de sécrétions provenant de la tumeur, et nécessitant quelques lavages à la sonde.

A ces diverses interventions on associera toujours la médication calmante sous toutes ses formes: piquûres, potions, lavements, suppositoires, injections vésicales; parfois même on peut tenter des injections de mésothorium, qui auraient donnée des résultats appréciables contre les hémorragies et contre les douleurs.

Enfin, dans quelques cas, à une toute dernière phase d'évolution, alors que l'extension du néoplasme a gagné le bassin, on peut obtenir un soulagement complet en faisant la cordotomie bilatérale, mais cela doit être une opération tout à fait exceptionnelle.



CHAPITRE VII

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Nous venons de passer en revue les différents procédés thérapeutiques applicables aux léiomyosarcomes vésicaux; il a été facile de constater qu'il n'y a aucun accord entre les auteurs sur les meilleurs procédés de traitement; cependant, ils sont unanimes d'une façon générale pour sérier les indications et réserver à telle forme de tumeur une ou plusieurs méthodes thérapeutiques bien déterminées.

Pour les tumeurs pédiculées, l'opinion à peu près unanime est qu'il faut en faire la destruction par les voies naturelles ou à vessie ouverte, à l'aide de l'électro-coagulation, celle-ci pouvant être complétée par des applications de radium dans certains cas, à l'exemple des Américains. Si elles paraissent résister au traitement et augmenter de volume, songer à la cystectomie partielle ou totale suivant les cas.

Pour les tumeurs sessiles, il faut recourir à la taille d'abord. Une fois la vessie ouverte, suivant le siège et l'étendue de la tumeur, on doit discuter les possibilités d'une cystectomie totale, d'une cystectomie partielle, ou plus simplement d'une application de radium précédée d'électrocoagulation. Si la tumeur se trouve

sur la voûte ou sur les parois latérales, et semble ne pas dépasser l'épaisseur de la paroi vésicale, il vaut mieux pratiquer une large résection. Si la tumeur se trouve sur le trigone ou sur le bas fond, avec des limites précises ne dépassant pas les parois vésicales, si surtout, il s'agit d'un sujet en bon état général, il est permis de tenter une cystectomie totale, après abouchement préalable des uretères à la peau. Mais en présence d'une tumeur volumineuse, chez un malade dont l'état général est déjà très déficient, on a recours alors, surtout à titre palliatif, à l'électrocoagulation, ou même à la radiothérapie pénétrante.

Pour les tumeurs infiltrées encore limitées, le problème de la cystectomie totale se pose comme précédemment. Malheureusement, très souvent, on se trouvera en présence de tumeurs infiltrées inopérables, en présence desquelles il s'agit cependant de faire quelque chose pour soulager le malade. Mais, c'est alors toute la gamme de la thérapeutique palliative qui intervient, et que nous avons rapidement étudiée au chapitre précédent.

Résultats

Les résultats sont désastreux. Très souvent les malades sont vus à une période où, les lésions en mains, on hésite entre les méthodes radicales, et celles plus ou moins palliatives. Quoi qu'on fasse, la mort survient à brève échéance.

Dans certaines observations cependant, on a constaté des survies appréciables de deux à trois ans, après

extirpation de tumeurs assez évoluées. C'est l'exception.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'en présence de tumeurs d'une si haute malignité, le chirurgien se trouvera bien souvent désarmé, surtout si le malade vient à une période avancée de l'évolution. Les espoirs que l'on avait fondés à un moment donné sur la cystectomie totale, ne sauraient permettre d'envisager ce traitement que dans des cas exceptionnels vus très au début; nous n'avons malheureusement pas une expérience suffisante pour oser prétendre que cette méthode est celle de l'avenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (Professeur CIBERT)

Monsieur C..., vient consulter le 10 juin 1937 pour des troubles urinaires datant de 3 mois : cystite intense, miction tous les quarts d'heure jour et nuit, extrêmement douloureuses. On relève dans ses antécédents plusieurs hématuries étiquetées bacillaires et des symptômes de cystite modérée depuis la guerre.

Une cystoscopie, pratiquée par le Docteur Rolland il y a quelques semaines, ne donna aucun renseignement précis.

A l'examen on se trouve en face d'un malade dont l'état général commence à s'altérer.

Les urines sont putrides, sanglantes, avec de gros débris sphacéliques. Les tentatives de lavage échouent, la sonde se bouchant immédiatement.

Une radiographie pratiquée par le Docteur Lévy ne montre rien d'anormal.

Sur le cliché d'urographie intraveineuse, au bout de cinq minutes, on constate un rein droit de volume normal, un rein gauche un peu plus gros avec de vagues traces d'urosélectan.

Au bout de 15 minutes : à droite distension du bassinets, des calices et de l'uretère. A gauche, quelques taches. Vessie visible.

A la 30^e minute : distension des deux uretères, des calices et des bassinets. La vessie semble occupée par une grande masse lacunaire.

Cystoscopie (rachi-anesthésie). Résidu: 80 gr. d'urine sphacélique.

On ne peut arriver à laver la vessie pour voir quelque chose. Après 35 minutes de lavage on y renonce. Au toucher rectal, impression de vessie globuleuse et dure comme une tumeur.

Intervention le 21 juin 1937 sous rachi. Taille vésicale. Ablation d'une tumeur, du volume d'une orange, sphacélique. Implantation très étroite sur le flanc gauche de la vessie. Tube de Marion.

Examen histologique (Professeur Noël): Léiomyosarcome.

Part très amélioré le 11 juillet 1937. Disparition complète des douleurs, reprise de l'appétit. Etat très satisfaisant.

Quelques jours après, reprise des douleurs vésicales, avec crise de pyélonéphrite droite.

Un toucher montre une masse bombant dans le rectum. Décès le 27 juillet 1937.

OBSERVATION N° 2

(Professeur CIBERT)

Monsieur V..., porteur d'un rétrécissement ancien qu'il traitait lui-même par des dilatations, présente 3 jours après un long voyage et une dilatation poussée un peu plus haut que d'habitude, une hématurie initiale avec douleurs hypogastriques et périnéales vagues, sans température, ni signes de cystite.

L'examen pratiqué alors est négatif: on ne trouve notamment rien d'anormal au toucher rectal.

Le 23 décembre 1936, l'hématurie persiste et augmente d'importance. On évacue de la vessie des caillots volumineux.

Cystoscopie: tumeur vésicale volumineuse, apparem-

ment bénigne, qu'on ne peut explorer librement en raison de la sensibilité vésicale. Orifice urétéral gauche visible normal. A cystoscooper à nouveau et à cystographie sous anesthésie afin de préciser les indications thérapeutiques.

La cystoscopie est suivie de dysurie et de difficultés pour effectuer les lavages, l'eau rentrant mais ne ressortant pas. Les urines sont très troubles, fétides, avec de gros débris sphacéliques.

Une rétention d'urine due à l'hémorragie qui entraîne la formation de nombreux caillots est combattue par la mise en place d'une sonde à demeure. Celle-ci est mal supportée et l'on est obligé le lendemain de pratiquer sous anesthésie générale en utilisant la sonde du lithotriteur, une aspiration des caillots toujours très abondants.

On renonce à effectuer une nouvelle cystoscopie, la tumeur saignant sans discontinuer. Cependant, une semaine plus tard on réussit, après avoir évacué les débris sphacéliques à apercevoir à l'aide du cystoscope, une grosse tumeur dont on tente la fulguration.

Pendant les trois semaines qui suivent la fulguration, on voit s'éliminer des débris sphacelés en grande quantité. Le malade ne cesse d'avoir de la pollakiurie, des douleurs violentes à la miction, de la dysurie. Etat subfébrile. Rein droit un peu sensible. Pôle inférieur parfois perçu. A noter également légers signes sciatiques droits.

Cystoscopie le 27 janvier 1927. Tumeur très volumineuse, saignant constamment. On se décide dans ces conditions à pratiquer une taille.

Intervention. La taille étant pratiquée, on tombe dans une masse assez grosse, de la taille d'une mandarine, sphacélique. On l'arrache à la pince. La tumeur est rattachée à la paroi par un pédicule infiltré, dont la surface est comparable à celle d'une pièce d'un franc. Fu-

guration de la base d'implantation, qui se trouve dans le voisinage de l'orifice urétéral droit. Deux petits foyers se trouvent, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face latérale gauche. Mise en place d'un tube de Marion n° 60.

Examen histologique : Professeur Noël, Léiomyosarcome de la vessie).

Les suites sont assez simples au début, sauf une poussée thermique avec douleurs rénales droites le 1^{er} jour. Moins de trois semaines après l'intervention la tumeur commence à apparaître dans la plaie, au niveau de son angle inférieur.

Le 10 mars 1937, décès. La tumeur a crû avec une rapidité considérable, formant une masse plus grosse que les deux poings, sortant au-dessus de la paroi, pendant que la vessie est devenue grosse comme un utérus gravide à sept mois.

OBSERVATION N° 3

(Professeur CIBERT)

L... Jean, espagnol de 62 ans, entre le 27 décembre 1938 à la clinique urologique, avec des symptômes de cystite ancienne.

Dans ses antécédents, on relève une blennorrhagie à l'âge de 20 ans, un chancre syphilitique à 27 ans, traité pendant trois ans, à 40 ans effondrement du nez.

Il y a quelques mois apparition de symptômes de cystite : pollakiurie, brûlures au niveau du canal, urines troubles, foncées. Par de douleurs lombaires ni de poussées de température à cette époque.

A l'entrée, malade en assez bon état général, présentant de nombreux stigmates cutanés de spécificité.

A l'examen : canal rétréci à 3 cm. environ. Toucher

rectal : prostate légèrement augmentée de volume, non douloureuse. Rien aux organes génitaux externes.

Urines troubles, déposant, avec un gros disque d'albumine.

Examen cyto-bactériologique : pus abondant, bacilles à Gram négatif.

Radio simple : au niveau du pôle supérieur du rein droit, image calculeuse de la grosseur d'un noyau de cerise.

Urographie intraveineuse : 5', bonne élimination à gauche, rein et uretère d'apparence normale ; à droite, calice supérieur dilaté, uretère normal, vessie visible avec au milieu image ovalaire plus claire de la grosseur d'une noix.

15' et 30' : mêmes constatations : on pense à une lithiasse vésicale.

Cystoscopie : masse arrondie brillante blanchâtre, semblable à un calcul, mais il n'y a pas le contact métallique habituel et la masse est dépressible.

Intervention : le 9 janvier 1939 sous Rachianesthésie. Après taille vésicale, on constate une grosse masse mollassse du volume d'une mandarine, occupant presque toute la cavité vésicale. On ramène avec le doigt des débris sphacélés. Agrandissement vers le bas de l'incision. Il s'agit bien d'une tumeur en voie de nécrose avec pédicule assez mince s'insérant à un centimètre au-dessus de l'uretère gauche. Morcellement de la masse, puis section du pédicule et coagulation de la base d'implantation. Fermeture de la vessie sur un gros tube de Marion. Petit drain dans le Retzius.

Examen histologique : léiomyosarcome.

Suites simples, malade apyrétique, urines claires. Ablation de la sonde abdominale le 8 février 1939 et mise en place d'une sonde urétérale. On en profite pour faire un toucher bidigital : il existe un blindage de la paroi antérieure de la vessie.

Le malade a subi dix séances de radiothérapie profonde depuis son intervention.

Le 16 février 1939 apparition de bourgeons néoplasiques à l'orifice de cystostomie, grossissant rapidement.

A partir de ce moment, la tumeur évolue très vite, formant autour de la sonde un bourrelet important. Une ou deux fois par semaine, il faut changer le tube de Marion et procéder sous anesthésie à un véritable évidement de la vessie dont la cavité est intégralement comblée. La cystite devient intolérable, les douleurs à la racine de la verge empêchent tout repos et les urines très fétides contiennent d'abondants débris sphacelés. Le malade meurt dans la cachexie le 27 avril 1939.

L'autopsie est pratiquée par le Docteur Cavaillher, qui prélève la totalité de la vessie avec une collerette de peau circonscrivant l'orifice de cystostomie, ainsi que la prostate et l'uretère prostatique.

Le rein droit est adhérent au diaphragme : poche purulente au niveau du pôle supérieur. Pus verdâtre dans les deux uretères de calibre à peu près normal.

Examen des pièces : vessie remplie de bourgeons néoplasiques irréguliers d'aspect cérébriforme, sphacelés dans leur partie superficielle. Quelques-uns ont une base d'implantation large, mais la plupart sont rattachés à la vessie par une pédicule mince, souple, dont le diamètre atteint pour l'un deux centimètres et demi. Seul le trigone vésical est à peu près libre de tout bourgeonnement.

A l'ouverture du rein droit on constate une dilatation des calices supérieur et moyen. Zone brunâtre au niveau des papilles. Abscès cortical.

OBSERVATION. — Frédéric S. EVE (*Transact. pathol. Society*, London, 1885, t. XXXVI, p. 284).

Sur la pièce envoyée par M. Penhall, on constate une tumeur envahissant toute l'épaisseur de la paroi de la vessie, saillante quelque peu sur sa face externe, au-dessus et un peu en dehors de l'uretère droit. La face interne de la vessie, dans la portion correspondant à la

tumeur, ne présente pas de saillie anormale, mais est le siège d'une ulcération superficielle et villeuse. Sur une section, le néoplasme présente une texture ferme et fibreuse. Sur le côté droit de la vessie il y a une hernie de la tunique muqueuse à travers les tuniques musculaires. Les deux uretères sont dilatés bien qu'une sonde cannelée puisse passer à travers la portion vésicale de l'uretère gauche. Les reins et leurs bassinets sont dilatés et atrophiés.

Il n'y a pas de modification de la face interne de la vessie autre que la petite érosion signalée au niveau de la tumeur.

Au microscope on constate une hyperplasie de tous les éléments de la paroi vésicale, excepté l'épithélium. En un mot hyperplasie des fibres musculaires et du tissu conjonctif intermédiaire avec infiltration de jeunes éléments : Myosarcome.

OBSERVATION. — *Relazione di alcuni casi di tumori della vesica urinaria, per il Dottor Giorgio NICOLICH, (Rivista veneta di scienze mediche, Venezia, 1889, t. XI, p. 334).*

S. P..., homme robuste, fortement musclé et très gras, se plaint d'avoir des besoins d'uriner fréquents et douloureux. Son urine est purulente, à réaction alcaline, teintée légèrement en rouge par le sang qu'elle contient. Au microscope, on ne trouve que les composés ordinaires de l'urine purulente et ammoniacale.

L'exploration de la vessie avec le cathéter métallique est impossible, l'instrument ne pouvant passer au delà de la région prostatique ; on peut, en revanche, introduire facilement une sonde molle de Nélaton qui donne issue à une faible quantité d'urine mêlée de pus.

A la palpation de la région hypogastrique on sent une tumeur dure, paraissant lisse, dépassant de trois tra-

vers de doigt la symphyse pubienne. L'exploration digitale par l'anus fait rencontrer une tumeur dure, lisse, douloureuse à la pression, se continuant avec la paroi postérieure de la vessie. En comprimant cette tumeur avec le doigt, on fait sourdre du pus par l'urèthre.

Le malade pendant peu de jours qu'il passa à l'hôpital, avait toujours de la fièvre à type rémittent oscillant de 38° à 39°6 ; l'exacerbation fébrile était toujours précédée de violents frissons, accompagnés d'efforts de vomissements.

A l'autopsie on trouva de l'œdème pulmonaire, de l'endocardite, une tuméfaction légère du foie et de la rate, des traces d'un exsudat fibrineux sur le péritoine. Les reins gras présentaient quelques petits abcès sur la substance corticale ; les calices et les uretères étaient plus gros qu'à l'état normal.

La vessie était du volume de la tête d'un enfant d'un an, elle pesait 500 grammes. Toute la vessie était épaissie ; mais cet épaississement était plus marqué dans la paroi antérieure, qui mesurait quatre centimètres. Ce tissu de nouvelle formation avait une teinte blanc rosé ; il était d'une consistance dure et peu vasculaire. La muqueuse de la vessie présentait des végétations mamelonnées, irrégulières, d'une couleur rouge livide. Dans quelques points exulcérés, ces végétations diminuaient considérablement la capacité de la cavité vésicale, les orifices des uretères étaient libres, la prostate légèrement plus grosse qu'à l'état normal. Le docteur Victor Liebmann, histologiste distingué, qui eût l'obligeance d'examiner microscopiquement la tumeur, reconnut qu'il s'agissait d'un myosarcome.

OBSERVATION. — Myosarcome de la vessie, par M. le Docteur Lexer (*Deutsch. Med. Woch.*, 1904, p. 42).,

Il s'agit d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, pesant 3 livres et observée chez un homme de 59 ans.

Le début qui remontait au commencement de l'année, s'était manifesté par des phénomènes abdominaux caractérisés d'abord par la pesanteur abdominale; puis par des troubles de la défécation et enfin par des besoins fréquents d'uriner.

Le malade avait lui-même la sensation qu'une grosse tumeur s'était développée, et au palper en effet on sentait la partie inférieure de l'abdomen occupée par une tumeur arrondie, plus développée à gauche qu'à droite et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Devant la tumeur, il y avait des anses grêles contre lesquelles la vessie venait faire pression.

En cathétérisant la vessie avec une cathéter métallique, on sentait l'extrémité de la sonde par la paroi abdominale, et la vessie se remplissait normalement. La tumeur était peu mobile latéralement.

Le toucher rectal montrait la tumeur loin en avant de la prostate, nettement indépendante d'elle, très perceptible, et légèrement mobilisable dans le bassin.

La grosseur, la dureté et le siège de cette tumeur firent penser à un myome, mais l'examen ne permit pas de savoir s'il s'agissait d'un myome de l'intestin ou de la vessie.

La laparatomie met en présence d'une tumeur arrondie, recouverte de péritoine, adhérente un peu par son sommet à l'intestin et au mésentère. La libération fut facile et la tumeur ne tenait que par un pédicule large comme une paume de main, à l'implantation vésicale.

La tumeur se continuait jusqu'à la muqueuse vésicale qui était saine et dont une portion fut extirpée avec elle. Il en résulta une perte de substance de la largeur d'une paume de main. La muqueuse vésicale fut suturée et la cavité occupée par la tumeur tamponnée. Ablation du tamponnement le dixième jour. Petite fistule urinaire qui se ferma en huit jours. Le malade est complètement guéri et ne souffre plus.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myosarcome ; c'est le plus gros qui ait été opéré.

OBSERVATION. — Myosarcome de la vessie par M. le Docteur ROEDER (*Deutsch. Med. Woch.*, 1904, p. 486).

Homme de 49 ans présentant des douleurs à la miction depuis 4 ans, douleurs localisées dans la région inguinale gauche. Ces douleurs étaient intermittentes. Le malade consulte au début de juin 1903, ayant beaucoup maigri dans les derniers temps. Le palper et le toucher rectal combinés permettaient de constater l'existence d'une tumeur grosse comme les deux poings, solidement fixée dans la moitié gauche du bassin, palpable au-dessus de l'arcade de Fallope et semblant faire corps avec la vessie.

L'examen cystoscopique montra que la tumeur occupait les deux côtés de la vessie, développée surtout à droite. La vessie elle-même était repoussée du côté droit.

L'incision sus-pubienne conduisit sur une tumeur très mobilisable et impossible à séparer de la vessie. Après résection d'un fragment de vessie large comme la paume de la main, la tumeur tenait encore par un pédicule étroit qui plongeait dans le bassin. Ce pédicule semblait s'insérer à la vessie et ressemblait à l'uretère. Ligature de ce pédicule et ablation de la tumeur. Fermeture de la paroi abdominale ; suture à deux plans sur la plaie vésicale, et mise en place d'une sonde de Pezzer. Au début l'urine s'écoula bien par la sonde. Mais au bout de douze heures apparurent les douleurs abdominales en même temps qu'un écoulement d'urine se faisait par la plaie. La sonde de Pezzer fut alors remplacée par une sonde en gomme et le cours de l'urine se rétablit. Puis l'écoulement reparut à nouveau par la plaie et au bout de 48 heures apparurent des signes d'infection péritonéale. Le malade mourut le cinquième jour, de péritonite.

La tumeur était irrégulière, ovoïde. Ses dimensions étaient 15 centimètres de longueur, 8 de largeur, 7 d'épaisseur. Elle était de couleur rouge jaunâtre et sa surface était parsemée de noyaux de la grosseur d'une amande.

A la tumeur était suspendu un cordon paraissant être l'uretère. Il était long de 7 centimètres et pénétrait dans la paroi de la tumeur comme dans un hile. Dans son voisinage la tumeur adhérait à la paroi vésicale suivant une surface ovale et se fusionnait avec elle. ,

Dans toute son étendue la tumeur était très dure, sauf cependant en un point, où il existait une masse fragmentée et molle faisant saillie à travers la paroi éclatée.

L'aspect macroscopique de la coupe était celui de noyaux multiples réunis les uns aux autres comme des circonvolutions cérébrales. La coloration était blanche presque partout. En certains points on constatait des lésions de régression, d'induration et de nécrose.

Au pôle inférieur, il y avait une grande cavité remplie de sang dont la paroi était formée de masses néoplastiques détruites.

A l'examen microscopique, la tumeur se montrait composée en grande partie de faisceaux musculaires avec des noyaux en bâtonnets. Le protoplasme prenait une coloration jaune intense au Van Giesen. On voyait aussi des cellules sans caractère particulier. Il s'agissait donc d'un myosarcome.

L'examen histologique confirma que le cordon était bien l'uretère. Il était constitué par un épithélium cylindrique, un stratum proprium, et deux couches musculaires, longitudinale et circulaire.

A l'autopsie, on constata que le rein gauche avait l'aspect d'un rein dont l'uretère était oblitéré : le bassin était rempli de pus, et le parenchyme farci de petits et gros abcès. L'uretère lui-même était englobé dans la tumeur.

Résumé détaillé de l'observation de Carl GUSSENBAUR :
(Extirpation eines Harnblasennmyoms nach voraus-
gehendem tiefend und hohen Blasenschnitt, Heilung.
Arch. f. Klin Chir. Berlin, 1875, XVII, p. 411).

Il s'agit d'un enfant de douze ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, mais souffrant depuis dix mois environ d'une affection vésicale ; elle se manifesta d'abord par des douleurs localisées au gland et à la région vésicale, des mictions impérieuses d'intensité progressivement croissante.

Un premier médecin conseilla l'opération. Dans ce but le père amena l'enfant à la clinique de Billroth, et à, malgré des examens minutieux et répétés, on ne put percevoir de choc de calcul, si bien que le diagnostic resta en suspens.

Les signes cliniques persistaient identiques et les urines, légèrement troubles, contenaient d'après l'examen microscopique une quantité modérée de globules purulents et de l'épithélium vésical ; pas d'éléments figurés.

Un deuxième examen pratiqué trois jours plus tard, montra au niveau de la vessie et à gauche de la ligne médiane, une tumeur perceptible à travers la paroi abdominale, de consistance ferme, un peu sensible à la pression.

La sonde vésicale glisse sur une surface inégale et mamelonnée, et par endroit rugueuse.

L'examen combiné avec la sonde et le toucher rectal permet de constater nettement que son siège est à la partie postéro-supérieure de la vessie.

Le Professeur Billroth établit le diagnostic de tumeur de la vessie, qu'il extirpa lui-même et dont les suites opératoires furent particulièrement heureuses.

A l'examen, la tumeur mesurait 8 cm. de long, et 4 de large, avait une circonférence de 18 cm. suivant son axe longitudinal, s'implantait dans la musculature vésicale suivant une base de 7 cm. de circonférence. La sur-

face de la tumeur était mamelonée, mais partout lisse, en aucun point elle n'était ulcérée. La surface de section faisait apparaître des faisceaux de fibres bien marqués, qui se croisaient dans toutes les directions possibles, circonscrivaient dans certains endroits un plus ou moins grand nombre de nodules arrondis, qui avaient une structure analogue aux mamelons situés à la périphérie ; même à l'état frais, la tumeur se laissait si facilement cliver suivant la direction des fibres, que cette propriété devait nécessairement frapper de suite.

L'examen microscopique montre d'emblée qu'il s'agit d'un myome.

En détaillant, on constate, que la tumeur présentait dans toutes ses parties une richesse très grande en fibres musculaires lisses. Ces fibres lisses présentaient un volume très variable, atteignant pour la plupart les plus grandes dimensions des fibres musculaires lisses du corps humain, avec noyaux caractéristiques en bâtonnets, après traitement par les réactifs.

Mais un examen plus minutieux de la tumeur montra en outre l'existence, en certains endroits, d'une structure semblable à celle qui appartient au sarcome et au carcinome. Outre les fibres musculaires lisses, on rencontrait également une grande quantité de cellules de formes et de dimensions extrêmement variées : tantôt disséminées irrégulièrement entre les fibres musculaires, tantôt infiltrant le tissu en groupes plus ou moins considérables, déterminant ainsi une structure alvéolaire de cette partie de la tumeur.

D'autre part, l'examen montra que cette tumeur était très favorable pour fixer l'attention sur quelques points d'une importance générale concernant la structure et le développement des myomes.

Tout d'abord, on devait rechercher l'origine des fibres musculaires elles-mêmes. L'examen du pédicule de la tumeur que l'on entreprit dans ce but, montra que celle-

ci se continuait sans interruption dans la musculouse vésicale, et que de nombreux faisceaux musculaires de cette tunique pénétraient dans la tumeur : Celà suffisait presque pour rendre très vraisemblable l'hypothèse que les fibres lisses de la tumeur avaient leur origine dans la musculouse de la vessie même.

Cette origine fut démontrée d'une façon absolue par ce fait que les fibres musculaires qui pénétraient de la paroi vésicale dans la base de la tumeur, présentaient toutes les modifications qui appartiennent à la multiplication des fibres musculaires et sur des cellules musculaires isolées, on pouvait démontrer d'une façon concordante la multiplication par division cellulaire.

Par place enfin, on voit des cellules embryonnaires, qui semblent naître des fibres musculaires des parois des petits vaisseaux et même des éléments du tissu conjonctif : ainsi nées, ces cellules applaties ou polygonales, présentent un noyau brillant et volumineux, représentant alors assez bien un boyau épithélial de carcinome. Les cellules qui composent ce boyau n'ont pas encore de caractères bien net de cellules épithéliales, mais leur forme, la constitution de leur noyau et de leur protoplasma témoignent que ce sont des cellules épithéliales en voie de développement.

L'examen montra aussi que ces cellules ne s'arrêtaient pas à ce stade, mais devenaient des cellules plates à gros noyau d'une façon générale polymorphes, très souvent polygonales, qui ne présentaient aucune différence de forme ou d'aspect avec de vraies cellules épithéliales.

La tumeur n'était plus recouverte par une muqueuse, mais seulement par une mince couche de tissus conjonctif fibreux recouverte d'épithélium pavimenteux stratifié, mais toujours intact.

En somme, cette tumeur composée en majeure partie de fibres musculaires lisses devait être considérée com-

me un myome : cependant en égard au développement de cellules, nées du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins, on devait la considérer comme un myosarcome, et de plus on pouvait la regarder comme un myocarcinome.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes de la vessie sont assez fréquentes : la plupart sont des épithéliomas. A côté on a individualisé des cancers du type léiomyosarcome, très rares, mais assez différents des précédents par leurs caractères et leur évolution. Le hasard a permis à Monsieur le professeur Cibert d'en rencontrer trois cas à peu d'intervalle, ce qui nous a incité à étudier de plus près cette question.

II. — Le léiomyosarcome se présente au point de vue anatomique avec les caractères suivants :

—macroscopiquement, il s'agit d'une tumeur dont le point de départ se trouve au niveau du muscle vésical. Pédiculée ou sessile, elle est au début arrondie, lisse, régulière, puis elle envahit rapidement toute la vessie. Les phénomènes de nécrose y sont très fréquents. L'évolution rapide ne permet pas aux métastases de se produire.

— microscopiquement, on rencontre un mélange de fibres musculaires lisses caractéristiques dissociées par des cellules rondes de la lignée conjonctive.

III. — Le tableau clinique est le même que dans les autres formes de tumeurs vésicales : cependant la dysurie s'y rencontre très fréquemment, la fétidité des urines s'installe de bonne heure. Dans la plupart

des cas, le palper permet de sentir la masse dont le volume s'accroît rapidement. L'évolution se fait en quelques mois vers la mort.

IV. — Les complications sont très précoces : torsion de la tumeur avec sphacèle et élimination de débris gangrénés, douleurs intolérables de cystite, entraînant la morphinomanie et parfois le suicide.

V. — Le diagnostic repose avant tout sur l'examen histologique : on pratiquera toujours une biopsie. Celle-ci sera un élément de premier ordre pour établir le pronostic et décider le traitement. L'aspect cystoscopique est par contre assez trompeur du fait de l'aspect pédiculé de la tumeur qui semble bénigne.

VI. — La thérapeutique doit être radicale autant qu'il est possible : si la tumeur est décelée de bonne heure, l'extirpation par voie hypogastrique sera pratiquée sans tarder. La cystectomie partielle a donné de bons résultats, mais il faut voir plus loin, et actuellement seule la cystectomie serait susceptible de donner des guérisons définitives, car les récidives sont très fréquentes : malheureusement ce n'est qu'une opinion théorique, que l'avenir seul pourra confirmer.

Il faudra recourir à la cystostomie et à la radiothérapie dans tous les cas où une opération radicale ne peut être envisagée.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CIBERT.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 12 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- HEITZ-BOYER et DORÉ. — Tumeur musculaire de la vessie. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*. Vol. II, 1910, p. 1019, 1062, 2115, 2160, 2259.
- VERHOOGEN. — Néoplasme de la vessie. *Encyclopédie française d'Urologie*, t. IV, p. 425.
- AIMES. — Les sarcomes primitifs de la vessie. *Rev. anal. in Rev. intern. Méd. et Chir.*, n° 4, 1920.
- HRYNTSCHACK. — Myosarkom der Harn blase. *Wien. Urol. Ges.*, 20 mai 1920, in *Zeit. f. urol. chirurg.*, T. VI, fascic. 1-2, 1921, p. 126.
- J. de SMETH. — A propos de 19 cas rares de tumeurs malignes de la vessie. *Journal belge d'Urologie*, n° 5, oct. 1928.
- BERNE-LAGARDE. — Les léiomyomes vésicaux. *An. Mal. des reins*, 1929, n° 4, p. 412.
- HAGER B.-H. et HUNT V.-C. — Léiomyosarcoma of bladder; case. *J. Urol.* 21/129-133, janvier 1929.
- B. F. POWELL. — A case of léiomyosarcoma of the bladder. *The British Journal of Urol.* Vol. EI, n° 3, sept. 1932, p. 259. (Un cas de léiomyosarcome de la vessie).
- CAYLOR H. D. et WALTERS W. — Léiomyosarcoma of urinary bladder. *J. Urol.* 24 : 303-311, sept. 1930.
- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Traitement des tumeurs malignes de la vessie. *Rapport au Congrès français d'Urologie*, 1932.
- H. KRANSKOPF. — Report of unusual case of léiomyosarcoma occuring in urinary Bladder. *Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, 1932. (Sur un cas anormal de léiomyosarcome de la vessie).

- Leiomyosarcoma : analysis of 31 recorded histories with report of an unusual case in the urinary bladder. *The Amer. of Surgery*. Vol. XXII. n° 2, novembre 1933, p. 192. (Léiomyosarcome : analyse de 31 cas avec un cas vésical rare).
- WEYERBACHER A. F. et BALCH J. F. — Léiomyosarcoma of bladder, with report of case review of literature. *J. of Urol.* 38, n° 3, 278-287, sept. 1937.
- ASHBURN LL. et WOLLENWEBER H. L. — Léiomyosarcoma of urinary bladder. *Arch. Path.* 25 : 243-249. Fév. 1938.
- S. M. HABSON. — Atypical carcinoma of the Urinary bladder simulating myosarcoma. Report of two cases and Review of the Litterature. *The Journ. of Urol. Baltimore* 34, n° 6, décembre 1935, p. 638. (Carcinome atypique de la vessie simulant un myosarcome. Deux cas et revue de la littérature).
- EDWIN BEER (New-York). — Tumors of the Urinary Bladder, 1 vol. Baillière. Tindall et Cox, London.
- R. GAYET et H. CAVAILHER. — Léiomyosarcome de la vessie. (Observation et pièce). *Comm. à la Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd. Lyon*, 10 mai 1939.

TABLE DES MATIERES

Introduction et Historique.....	11
Conditions étiologiques.	15
Théories pathogéniques.	19
Anatomie pathologique.	23
Tableau clinique.	31
Diagnostic.	43
Traitement.	49
Indications thérapeutiques.	65
Observations.	69
Conclusions.	85
Bibliographie.	87



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



